

DOMANDA DI RIAPERTURA DI UN'INDENNITÀ, DOPO OLTRE SETTE ANNI DALL'INCIDENTE

AVVISO: questo modulo deve essere presentato immediatamente alla Presidenza, alla Workers' Compensation Board, unitamente al referto del medico responsabile (modulo C-27) se richiesto, presso l'ufficio distrettuale in cui il caso è stato chiuso. Devono essere compilate anche le informazioni sul retro.

RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAUSTIVO, IN STAMPATELLO O CON CALLIGRAFIA CHIARA

N. di pratica WCB _____ Data dell'incidente _____ N. di previdenza sociale del(la) richiedente _____

1. Nome della persona infortunata _____ Genere M F X Data di nascita _____

Indirizzo attuale _____ App. N. _____

2. Datore di lavoro (al momento dell'incidente) _____

Indirizzo _____

3. Ultima volta che ha lavorato per questo datore di lavoro? _____

4. Nome del medico responsabile attuale _____

Indirizzo _____

5. Se il/la dipendente infortunato/a è deceduto/a, data del decesso _____

6. Natura dell'infortunio _____

7. Indicare gli specifici motivi per cui si desidera riaprire il caso _____

8. REGISTRO DEI TRATTAMENTI MEDICI DALL'INCIDENTE (elencare tutti i medici e gli ospedali):

Medico o ospedale	Indirizzo	Periodo
_____	_____	Da _____ a _____
_____	_____	Da _____ a _____
_____	_____	Da _____ a _____

9. Originariamente le sono stati forniti eventuali apparecchi o dispositivi per l'infortunio o le sono stati erogati trattamenti al momento dell'incidente? Sì No

(a) Se "Sì", chi li ha forniti e finanziati? _____

(b) Detti apparecchi sono stati sostituiti o riparati? Sì No

(c) Se "Sì", da chi e in quale data? _____

10. Le sono stati erogati eventuali trattamenti medici o chirurgici oppure assistenza ospedaliera da parte del datore di lavoro o della compagnia assicurativa negli ultimi 8 anni? Sì No

11. Sono stati forniti o riparati eventuali apparecchi o dispositivi artificiali da parte del datore di lavoro o della compagnia assicurativa negli ultimi 8 anni? Sì No

12. Ha citato in giudizio qualcun altro oltre a presentare la richiesta di indennità a seguito dell'incidente? Sì No
Se "Sì", fornire le informazioni seguenti:

Nome e indirizzo del legale _____

Data di patteggiamento _____ Importo del patteggiamento: \$ _____

Presentare una copia dei documenti del patteggiamento, se disponibili.

(Compilare le informazioni sul retro)

C-25(6-22)

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

13. Le è stata corrisposta un'eventuale indennità negli ultimi 8 anni? Sì No
 Se "Sì", fornire le informazioni seguenti:
 (a) Quando è stato eseguito l'ultimo pagamento? _____
 (b) Da chi? _____
 (c) Le sono state assegnate mansioni più leggere? Sì No
 (d) Se "Sì" alla domanda (c), sono stati percepiti sussidi per i salari ridotti? Sì No
14. Ha subito eventuali altri infortuni dalla chiusura del suo caso? Sì No
 Se "Sì", indicare le informazioni seguenti:
 (a) Natura di detto infortunio _____
 (b) Data dell'incidente _____
 (c) Nome del datore di lavoro _____
 (d) Numero di pratica W.C.B. _____
 (e) Ultima data dell'udienza _____
15. Attualmente sta lavorando? Sì No
 Se attualmente **non sta** lavorando, è in pensione? Sì No
 Se attualmente **sta** lavorando, fornire le informazioni seguenti:
 (a) Nome dell'ultimo datore di lavoro _____
 Indirizzo _____
 NYS U.I.Registration N. del datore di lavoro (se noto) _____
 (b) Quando è iniziato l'attuale periodo di invalidità? _____
 (Data)
 (c) Fornire la prima e l'ultima data in cui ha lavorato subito prima dell'attuale invalidità:
 Primo giorno di lavoro _____ Ultimo giorno di lavoro _____
 (d) Sta percependo sussidi di invalidità per il suo attuale periodo di invalidità? Sì No
 Se "Sì", da chi? _____

QUALSIASI PERSONA CHE, CONSAPEVOLMENTE E CON INTENTO FRAUDOLENTO, DETERMINI LA COMUNICAZIONE DI QUALSIASI INFORMAZIONE CHE CONTENGA COSTATAZIONI FALSE O OCCULTI QUALSIASI FATTO MATERIALE, OPPURE LA PREPARI PER COMUNICARLA O AFFINCHÉ SIA COMUNICATA A O DA UN ASSICURATORE O UNA PERSONA CON ASSICURAZIONE AUTONOMA, SARÀ REPUTATA COLPEVOLE DI REATO E SOGGETTA A COSPICUE SANZIONI E ALLA RECLUSIONE.

Firma del(la) _____
 richiedente _____ N. di telefono _____ Il _____

Indirizzo postale _____

IMPORTANTE

Si deve ricevere l'autorizzazione da parte della Presidenza della Workers' Compensation Board, prima di garantire trattamenti o forniture di carattere medico. In caso contrario, il richiedente sarà responsabile di detti trattamenti o dette forniture.

Notifica ai sensi della Normativa di New York sulla tutela dei dati personali (New York Personal Privacy Protection Law) (Normativa sui funzionari pubblici, articolo 6-A (Public Officers Law Article 6-A)) e della Normativa federale sulla privacy (Federal Privacy Act of 1974) (5 U.S.C. § 552a).

L'autorità della Workers' Compensation Board ("WCB") di esigere le informazioni personali, incluso il numero di previdenza sociale, dei richiedenti deriva dall'autorità istruttoria ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro (Workers' Compensation Law, WCL) § 20, e dall'autorità amministrativa ai sensi della WCL § 142. Si acquisiscono queste informazioni per consentire alla WCB di indagare e gestire le richieste di indennità il più rapidamente possibile, e di conservarne registri accurati. La comunicazione del numero di previdenza sociale alla WCB è volontaria. Non sono previste sanzioni per la mancata comunicazione del numero di previdenza sociale, né ciò determina il rigetto della richiesta di indennità o la riduzione dei sussidi. La WCB protegge la riservatezza di tutte le informazioni personali in proprio possesso e le divulga esclusivamente per assolvere ai propri doveri d'ufficio e in ottemperanza alle normative statali e federali vigenti.

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.
 IN CASO DI DOMANDE O NECESSITÀ DI CONSULENZA SULLA SUA RICHIESTA, PUÒ CHIAMARE O VISITARE L'UFFICIO DELLA WCB PIÙ VICINO.